

Long COVID, ME/CFS und die Kosten fehlender Versorgung

Policy Briefing für das Bundesamt für Gesundheit im Kontext der nationalen Strategie

Erstellt von Dr. med. Maja Strasser

Quellenbasis
OECD Health Working Paper No. 167 (Juni 2024)
OECD-PaRIS-Auswertung 2025
OECD Health Policy Studies Report *Addressing the Costs and Care for Long COVID* (8. April 2026)
Cutler 2022; NICE NG206; D-A-CH-Konsensus-Statement zu ME/CFS 2024; Tschopp/König et al. 2023; BSV-Forschungsbericht 02/25.

1. Kernbotschaft

Long COVID und ME/CFS sind nicht nur klinisch, sondern auch volkswirtschaftlich relevant. Internationale Analysen zeigen erhebliche Kosten durch Verlust von Arbeitsfähigkeit, Produktivität, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität. Für die Schweiz fehlen belastbare nationale Krankheitskosten- und Versorgungsanalysen; die vorhandenen Szenarien genügen jedoch, um die gesundheitspolitische Relevanz zu belegen.

Die OECD-2026-Schätzung ist als konservative Referenzgrösse zu lesen: Sie beziffert die wirtschaftliche Belastung auf 0,1-0,2% des BIP; auf das Schweizer BIP 2024 übertragen entspricht dies rund CHF 0,8-1,6 Milliarden pro Jahr. Diese Schätzung beruht unter anderem auf lediglich zwei Jahren durchschnittlicher Krankheitsdauer und 1% schwerer Fälle.

Breitere internationale Krankheitskostenmodelle ergeben höhere Grössenordnungen von 0,5-2,3% des BIP; auf die Schweiz übertragen entspricht dies rund CHF 4,1-19,0 Milliarden pro Jahr. Diese Spanne ist als ergänzender internationaler Kostenrahmen zu verstehen, nicht als Schweizer Prognose. Bereits das konservative OECD-Szenario zeigt jedoch eine volkswirtschaftlich relevante Grössenordnung. Angesichts dieser Grössenordnung ist es wirtschaftlich nicht plausibel, auf definierte Versorgungsstandards und systematisches Monitoring zu verzichten.

Konservative Jahreskosten	Prävalenz-Grössenordnung	Schweizer ME/CFS-Daten
CHF 0,8-1,6 Mrd./Jahr	ca. 540'335 Personen	6,7 Jahre
Konservatives Vergleichsszenario auf Basis der OECD-Schätzung 2026 von 0,1-0,2% des BIP; keine amtliche Schweizer Kostenprognose.	Grössenordnung von rund 6% der Bevölkerung gemäss Cheng et al. 2025; keine amtliche Schweizer Prävalenz.	mittlere Zeit bis Diagnose in der Schweizer Studie von Tschopp, König et al. bei 169 ME/CFS-Betroffenen.

Die gesundheitsökonomische Schlussfolgerung des Harvard-Ökonomen David Cutler ist entsprechend deutlich: **"With costs this high, virtually any amount spent on long COVID detection, treatment, and control would result in benefits far above what it costs."** Für die Schweiz folgt daraus nicht, beliebige Massnahmen zu finanzieren. **Vielmehr sollten Diagnostik, Behandlung, Prävention und Versorgung konsequent an WZW-Kriterien ausgerichtet und in konkrete Mindeststandards übersetzt werden. Für Diagnostik, Behandlung und Versorgung von ME/CFS und der ME-Verlaufsform von Long COVID bietet das D-A-CH-Konsensus-Statement den fachlichen Referenzrahmen.**

2. Was wir wissen

Bei der gesundheitsökonomischen Bewertung müssen direkte Versorgungskosten von den breiteren gesellschaftlichen Krankheitskosten unterschieden werden. Niedrige Gesundheitsausgaben sind kein Zeichen wirtschaftlicher Versorgung, wenn gleichzeitig vermeidbare Erwerbsausfälle, Invalidität, Pflegebedarf (oft informelle Pflege durch Angehörige) und Produktivitätsverluste entstehen.

	OECD 2026	OECD 2024
Schwerpunkt	Versorgungskosten, Arbeitsinput und BIP-Effekte bis 2035.	Krankheitslast, Lebensqualität und Arbeitsmarkt.
Kernergebnis	Tiefere Schätzung: anhaltender BIP-Verlust und direkte Gesundheitskosten bis USD 11 Mrd./Jahr in OECD-/EU-Volkswirtschaften.	Sehr hohe gesellschaftliche Kosten; direkte Behandlungskosten nicht vollständig enthalten.
Relevanz Schweiz	Konservative Referenzgrösse: 0,1-0,2% BIP entspricht rund CHF 0,8-1,6 Mrd./Jahr.	Ergänzender breiter Kostenrahmen: 0,5-2,3% BIP entspricht rund CHF 4,1-19,0 Mrd./Jahr.
Zentrale Limitation	Sehr konservatives Szenario wegen nur 2 Jahren durchschnittlicher Krankheitsdauer und 1% schwerer Fälle.	Stark modellabhängig; QALY-Bewertung prägt Ergebnis.

Internationale Studien zeigen hohe Krankheits- und Produktivitätskosten. Gleichzeitig bestehen für die Schweiz konkrete Hinweise auf Diagnoseverzögerung und Fehlversorgung bei ME/CFS: In der Studie von Tschopp, König et al. mit 169 Schweizer ME/CFS-Betroffenen betrug die mittlere Zeit bis zur Diagnose 6,7 Jahre; berichtet wurden durchschnittlich 11,1 medizinische Termine, 2,6 Fehldiagnosen und bei 90,5% mindestens einmal die Aussage, die Symptome seien psychosomatisch.

Diese Daten belegen keine nationale Versorgungsqualität im engeren Sinn. Sie zeigen aber eine politisch relevante Prüffrage: Es bestehen dokumentierte Hinweise auf erhebliche Diagnoseverzögerung und Fehlversorgung bei ME/CFS; gleichzeitig fehlen nationale Daten, mit denen sich überprüfen liesse, ob die heutige Versorgung systematisch evidenz- und konsensusbasiert erfolgt.

3. Warum Versorgungsqualität wirtschaftlich relevant ist

Ein wesentlicher Grund für die hohen gesellschaftlichen Kosten von Long COVID und ME/CFS ist der Verlust von Arbeits- und Funktionsfähigkeit. Hinzu kommen indirekte Produktivitätseinbussen, wenn Angehörige Pflege und Betreuung übernehmen. Eine WZW-konforme Versorgung ist deshalb wirtschaftlich relevant, weil sie Verschlechterungen verhindert, behandelbare Symptome adressiert, Überlastung mit Post-exertional Malaise vermeidet und realistische arbeitsmedizinische Beurteilungen ermöglicht.

Für Long COVID und ME/CFS existiert keine kurative Therapie. Das ist kein Argument gegen Versorgung. Symptomorientierte Behandlung kann unter anderem POTS, orthostatische Intoleranz, Schlafstörungen, Schmerz, Migräne, Mastzell-assoziierte Symptome, neurokognitive Symptome und Komorbiditäten adressieren. Dadurch kann die Belastungsintoleranz teilweise deutlich gebessert werden, mit entsprechenden Folgen betreffend Pflegebedürftigkeit und Arbeitsfähigkeit. Entscheidend ist, ob diagnostische und symptomatisch-therapeutische Möglichkeiten wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich eingesetzt werden.

Post-exertional Malaise (PEM), eine verzögerte und unverhältnismässige Zustandsverschlechterung nach Belastung, muss erkannt werden. Pacing bedeutet Energiemanagement zur Vermeidung von PEM. Ungeeignete aktivierende Programme und fixe Belastungssteigerung sind bei PEM gefährlich und können zu irreversibler Verschlechterung führen. Für ME/CFS und die ME-Verlaufsform von Long COVID bildet das D-A-CH-Konsensus-Statement einen relevanten fachlichen Referenzrahmen; NICE betont für ME/CFS Energie- und Symptommanagement.

WZW-Schlussfolgerung

Wirksam ist, was die funktionelle Situation verbessert oder Verschlechterungen verhindert. Zweckmässig sind Massnahmen, die auf dem wissenschaftlich etablierten Krankheitsmodell beruhen und die individuelle PEM-Schwelle respektieren. Wirtschaftlich ist nicht das billigste Vorgehen, sondern dasjenige, das bei angemessenen Kosten gesundheitliche und volkswirtschaftliche Folgeschäden reduziert.

4. Konsequenzen für die nationale Strategie

Handlungsfeld	Priorität für die nationale Strategie
1. Evidenzbasierter Versorgungsstandard	D-A-CH-/NICE-kompatible Mindeststandards mit PEM-Erfassung, Pacing, symptomorientierter Behandlung einschliesslich medikamentöser Optionen, Vermeidung ungeeigneter Aktivierungsprogramme, geeigneten Rehabilitationskriterien und adäquater arbeitsmedizinischer Beurteilung.
2. Monitoring und Versorgungsforschung	Nationales Surveillance-/Registersystem mit Prävalenz, Schweregrad, PEM, Versorgungspfaden, Behandlung, Outcomes sowie Arbeitsfähigkeit und Erwerbsstatus.
3. Implementierung und Koordination	Weiterbildung und Koordination zwischen Grundversorgung, Spezialmedizin, Rehabilitation, Versicherungsmedizin/Gutachterwesen, IV und weiteren Sozialversicherungen, Arbeitgebenden, Pflege und Sozialberatung.

Politische Kernaussage

Fehlende kurative Therapie ist kein Argument gegen eine definierte Versorgung. Für die nationale Strategie braucht es Mindeststandards, mit denen Diagnostik, Behandlung, Prävention und Versorgung an WZW-Kriterien gemessen und für die Versorgungspraxis überprüfbar gemacht werden. Der fachliche Massstab sollte das D-A-CH-Konsensus-Statement sein, da es für ME/CFS und die ME-Verlaufsform von Long COVID die Best Medical Practice abbildet.

Literatur

- OECD (2024). The impacts of long COVID across OECD countries. OECD Health Working Papers No. 167. DOI: 10.1787/8bd08383-en.
- OECD (2025). The prevalence and impact of Long COVID in the primary care population: Findings from the OECD PaRIS survey. DOI: 10.1787/119b0e8f-en.
- OECD (2026). Addressing the Costs and Care for Long COVID: The Long Shadow of the Pandemic. OECD Health Policy Studies. DOI: 10.1787/87a0c171-en.
- Cutler DM (2022). The Economic Cost of Long COVID: An Update; and The Costs of Long COVID. JAMA Health Forum. DOI: 10.1001/jamahealthforum.2022.1809.
- NICE (2021). Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. NG206.
- Hoffmann K, Hainzl A, Stingl M, et al. (2024). Interdisziplinäres, kollaboratives D-A-CH Konsensus-Statement zu ME/CFS. Wien Klin Wochenschr. DOI: 10.1007/s00508-024-02372-y.
- Tschopp R, König RS, Rejmer P, Paris DH (2023). Health system support among patients with ME/CFS in Switzerland. J Taibah Univ Med Sci. DOI: 10.1016/j.jtumed.2022.12.019.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2025). Auswirkungen von Long-Covid auf die Invalidenversicherung. Forschungsbericht 02/25.
- World Bank (2026 update). Switzerland GDP (current LCU) and Switzerland population.

Methodischer Hinweis

Die Schweizer Zahlen sind Szenariorechnungen auf Basis internationaler Modelle und keine Prävalenz- oder Kostenprognosen für die Schweiz.